Rok I. Maj 1924. Nr. 5

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

Miesięcznik, wychodzi przy poparciu finansowem Starostwa Krajowego w Poznaniu.

Redaktor naczelny: **Aleksander Piotrowski.** Zastępca redaktora: **Oskar Bielawski, Dziekanka,** Krajowy Zakład Psychjatryczny.

V-ty Zjazd Psychjatrów Polskich w Lublińcu w dniach 8—10-go czerwca 1924.

Porządek dzienny.

I. dzień.

a) przed południem o godz. 10-tej.

1) Zagajenie (Dr. Cyran, Lubliniec).
2) Ukonstytuowanie Prezydjum. Wybór Przewodniczącego, Zastępców i Sekretarzy.
3) Przemówienie Przewodniczącego.

Odczyty:

4) Alkoholik w kodeksie karnym, cywilnym i administracyjnym (Temat zasadniczy). Referenci: Dr. Łuniewski (Tworki), Dr. Piotrowski (Dziekanka), Doc. Dr. Radziwiłłowicz (Warszawa).

Dyskusja.

b) po południu.

5) Doc. Dr. Radziwiłłowicz: Polska lex ferenda o niepoczytalności i poczytalności zmniejszonej.
6) Prof. Mazurkiewicz: O patalogji afektu,

Dyskusja.

7) Zwiedzenie Zakładu.
8) Dr. Mat. Siemionkin (Dziekanka): Rewolucja, społeczeństwo zachorzenia psychiczne.

II. dzień.

a) przed południem o godz. 8-mej.

1) Dr. Piotrowski (Dziekanka): Przyczynek do lecznictwa psychjatrycznego.
2) Leczenie porażenia postępującego (temat zasadniczy) Referenci: Dr. Artwiński (Kraków), Dr. Bielawski (Dziekanka), Dr. Stępień (Klinika warszawska).

Dyskusja.

3) Dr. Siwiński (Kochanówka): Opadanie czerwonych ciałek krwi w chorobach umysłowych.
4) Dr. Zamecki (Klinika warszawska): Chemiczne badanie krwi u psychicznie chorych.

b) po południu:

5) Dr. Bielawski (Dziekanka): Patologja humoralna w katatonji.

6) Dr. Bielawski i Siemionkin (Dziekanka): Objawy motoryczne w katatonji a w sprawach extra-pyramidowych.

7) Dr. Mitkos (Klinika warszawska): Zachowanie się psychicznie chorych po odmie czaszkowej.

8) Dr. Sterling (Warszawa): Problemat anozognozji w świetle psychjatrycznym.

9) Dr. Zandowa (Warszawa) Rola ochronna naczyniówki i splotów naczyniastych.

Dyskusja.

10) Uchwały i zamknięcie zjazdu.

11) Walne zebranie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego:
   a) Sprawozdanie Zarządu Głównego,
   b) sprawozdanie kasowe,
   c) sprawozdanie redaktora „Rocznika Psychjatrycznego",
   d) wnioski członków,
   e) wybory.

III. dzień.

Zwiedzenie zakładów przemysłowych Górnego Śląska.

Uwaga: Komitet Organizacyjny zapewnia kwaterę i utrzymanie tylko tym uczestnikom zjazdu, którzy zgłoszą swój przyjazd do dnia 31 maja pod adresem: Dr. Cyran, Lubliniec, Górny Śląsk, Zakład Psychjatryczny.

Prace oryginalne.

Praca z Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka. Dyrektor: Dr. med. Dr. fil. Al. Piotrowski

Katatonoid psychorodny

podał

Oskar Bielawski.

(Dokończenie).

W trakcie rozmowy z p. W., Tadeusz przybiera nagle jedną z opisanych już póz (wyprostowanie się w pozycji leżącej, ręce wzdłuż tułowia). Na uwagi W., że należy się przełamać i nie robić tego, — chory się przełamuje w pół. Skarcony wyrazami: „nie rób tych kawałów" — odpowiada: „o, ja robię takie kawały". A ty wiesz co ja robię, jak mi każą usiąść?" — Pokaż! — Chory kładzie się wówczas na plecy, zginając przytem kończyny dolne w stawach biodrowych i kolanowych (jak do siedzenia).

Podczas odwiedzin wszedł do pokoju lekarz. Tadeusz wydał się tem zmięszany (gdyż z lekarzem zwykle rozmowy unikał, a tu go zastaje mówiącego swobodnie z W.)

Po dłuższej pauzie: „Ale czy ja mam z p. doktorem mówić? ja tak jeszcze z p. doktorem nie mówiłem". Na zapewnienie poczyna rozmawiać swobodnie. Zapytany między innem, co oznacza poza, którą on niekiedy przybiera (wyprostowanie ciała w pozycji leżącej z rękami wzdłuż tułowia) —„ma oznaczać chyba czystość i skromność". Zapytany na pożegnanie przez W., czy by nie chciał, by doń kto przyjechał, odpowiada wymijająco: „do tego pytania nie byłem przygotowany". Żegnany przez W. zatrzymuje go ciągle jeszcze i jeszcze, bo ma coś ważnego do powiedzenia, a powiedział w końcu tyle: „jak wyjeżdżasz odemnie, ty albo ks. N., — zawsze chcę wam coś bardzo ważnego powiedzieć, lecz nie mogę. Jak wyjedziecie, strasznie wtedy cierpię, żem nie powiedział".

Żegnając chorego, podaje mu lekarz dłoń. Tadeusz nie odpowiada na to żadnym ruchem dłuższą chwilę, a gdy rzucono żartobliwie uwagę, że robi afront, poczyna zwolna podnosić swoją nogę.

29. 11. 23. Od ostatniej tej rozmowy z pacjentem udaje się lekarzowi już stale utrzymywać kontakt psychiczny z nim. Nastąpiła też pewna poprawa ogólna w zachowaniu się Tadeusza

Nie zanieczyszcza się, ubiera się sam, jada lepiej. Siezdi przy chorym, którego polecił lekarz jego pielęgnacji, niekiedy mu coś usłuży. Częściej jednak przybiera po dawnemu wzmiankowane już pozy, lub się tarza po podłodze. W stosunku do pielęgniarzy po dawnemu jest oporny, rozmawia z nimi tylko podczas zachęcania go do jedzenia. Zato lekarza darzy widocznym zaufaniem. Między innemi powiedział mu raz: „jak p. doktór mówił mi siedząc na kanapie, a ja słuchałem wszystko, — tak mi było wówczas dobrze!" (aluzja do prób psychoterapji w dniu 30. 9. 23). Zapytany pewnego razu, jakie obecnie jest jego największe pragnienie — odpowiada „samogwałt" — poprawia się „rozkosz zmysłowa" (a jednem słowem?) „Marja".

Chorego zapewniano w dalszym ciągu, że niepotrzebnie okłamuje siebie, stara się w sobie zwalczyć naturalny pociąg do kobiety, spaczyć, przez nadanie mu fałszywego kierunku i t. p. „p. Doktór mnie kusi" — powiada Tadeusz. Dalej wyraża wątpliwości, czy przez teraźniejsze swe (poprawniejsze) prowadzenie nie oddali się od Boga. Zapytany, czy przed chwilą był szczery — „nie" odpowiada, „myślałem o Marji. U mnie Marja jest celem, a Bóg jest środkiem do celu. Jestem grzeszny" (następuje łagodne zapewnienie, że uczucie jego jest ludzkie, naturalne, nie ma nic w sobie grzesznego, grzechem jest tylko okłamywanie siebie, fałszowanie prawdy).

1. 12. 23. Gdy podczas jedzenia był zachęcany, by zjadł więcej, — pacjent poczyna robić ruchy ręką trzymającą łyżkę, jakby okresowo podnosił w niej pokarm do ust, robi ruchy ustami i wargami, jak by ten pokarm żuł i połykał. Po chwili oświadcza: „już zjadłem".

3. 12. 23. Leży na podłodze sztywny. Wkrótce poczyna prężyć się; nogi i dolna część tułowia drżą, po chwili opadają, całe ciało wiotczeje (obraz spółkowania). Poczem chory uderza siebie z zapamiętałością kilkakrotnie po gienitaljach

26. 12. 23. „Ja coraz słabiej zmierzam do tego, do czego powinienem, prawda"? „czy to napewno niema innej drogi niż ta, którą p. doktór mi wskazuje t. j. wyzdrowienie? Bez wyrzucenia tych skrupułów nie może być zdrowia, prawda? A prawda, że w ciągu ostatnich dni Tadzio stał się lepszym?" powiada chory.

15. 1. 24 Staje się z lekarzem, gdy są sami, coraz bardziej szczerym, prosi o zapewnienie mu dyskrecji, mówi często o Marji.

Na sali jednak po dawnemu przybiera od czasu do czasu swe symboliczne pozy, czołga się na brzuchu po ziemi, lub się toczy wdłuż korytarza ze skrzyżowanemi na piersiach rękami W stosunku do personału jest ciągle jeszcze oporny, milczący.

Przybiera na wadze.

Analiza.

Z wywiadów wnioskujemy, że pacjent nasz mógł odziedziczyć z linji żeńskiej skłonność do melancholji, jak też pewną niezborność psychiczną od ojca. Są pewne poszlaki, że odziedziczył i to i owo. Że pozwolę przypomnieć tylko te jego cechy charakteru, jak niezaradność, brak syntezy w twórczości, gubienie się w szczegółach, z drugiej strony, — okresowe zmiany w nastroju, które się uwydatniały już przed chorobą. Na tem psychopatycznem tle rozwija się psychoza, którąśmy tu mieli możność dokładnie prześledzić. W przededniu jej wybuchu, — równowagę w duszy pacjenta zakłócają silne przejścia i wstrząsy moralne, jak zmiana religji, wstąpienie narzeczonej do klasztoru....

Wszystkie zaobserwowane objawy chorobowe można rozbić na trzy grupy, tak, że grupa pierwsza obejmie objawy powstałe wskutek zaburzeń w dziedzinie uczuć, w sensie rozpanoszenia się depresji: Zdradza to już wyraz twarzy, cechujący cierpienie i ból, ciągłe jęki i wzdychania pacjenta. Dalej, jego uporczywe dążności do samouszkodzenia (rany i okaleczenia), usiłowania popełnienia samobójstwa (rzucenie się pod pociąg); urojenia grzeszności, samoponiżenia, („leżeć na podłodze jak świnia"), samooskarżenia („ciężkom zgrzeszył"). Stan depresji, który dużo stracił na swem nasileniu, już po pierwszych dwuch miesiącach pobytu chorego w zakładzie, może być uważany za pierwotny, (gdyż do melancholji pacjent jest dziedzicznie usposobiony), może być także wtórny, a za przyczynę mieć znaną nam tragedję jego duszy wynikłą z szeregu konfliktów moralnych wytworzonych przez fatalną sytuację.

W drugą grupę pragnę ująć wszystkie objawy, które mogły by uchodzić za katatoniczne, wzgl. schizofrenijne, o ile je obserwować powierzchownie, bez przenoszenia punktu ciężkości na czynnik psychologiczny, mogący uwarunkować

każdorazowe powstanie objawu. Wymieniając przeto zaobserwowane objawy tej kategorji, będę je zaopatrywał w komentarze, rzucające światło na psychiczną ich genezę. Komentarze te mają ten niezawodny walor, że, pochodząc najczęściej od samego chorego, — w małym tylko stopniu zależne są od błędów i dowolności w konstrukcjach myślowych badacza.

Z omawianych przed chwilą objawów, w dziedzinie zaburzenia ruchów, uderza *stereotypowe przybieranie pewnych postaw*, jak oto:

Leżenie z wyciągniętemi sztywnie wdłuż tułowia rękami. — Przypomina to obraz zdjęcia z krzyża. Chory sam mówi, że ma to oznaczać „czystość i skromność“.

Leżenie ze skrzyżowanemi na piersiach rękami. — „Gdy krzyżuję na piersiach ręce, wyobrażam sobie, że obejmuję ją“.

Prężenie się, drżenie nóg i dolnej części tułowia, poczem nagłe zwiotczenie całego ciała. — Ilustruje to wybitnie akt spółkowania. Komentuje to zresztą chory jaskrawo zaciekłem biciem siebie po genitaljach, niezwłocznie po odrobieniu wzmiankowanych ruchów.

Podnoszenie się na głowie wzdłuż ściany z rękami rozłożonemi, jak do ukrzyżowania. — Przypomina to obraz ukrzyżowania św. Piotra.

Szereg innych ruchów i poz, jak np. kładzenie się na plecach, z podkurczonemi nogami na zlecenie, by usiadł; podanie nogi na pożegnanie; przełamywanie się wpół, gdy słyszy zalecenie przełamania się w znaczeniu przenośnem (t. j. przełamania w sobie pociągu do opacznych działań), wszystkie one pochodzą z uświadamianej lub nie uświadamianej *dążności do spaczenia wszystkiego* co tylko spaczyć można. To wielkie okłamanie swego pociągu do kobiety przez nadanie mu fałszywego, niezadawalniającego ustrój kierunku (miłości ku Bogu), — zaległo w duszy chorego, a panosząc się w niej, sugierowało także paczenie postępków innych, nawet wyrażeń myśli i t. p. Ilustruje to powiedzenie chorego — „boję się oddalić od Boga“, gdy ma na myśli obawę oddalenia się od Marji, co po chwili sam stwierdza. W owych paczeniach, które weszły już w nałóg i odbywają się bodaj nieomal mechanicznie, zachowaną bywa najczęściej li tylko forma, — sfałszowaną zaś jej treść. Przypomnijmy sobie tylko słowa chorego zwrócone do p. W.: „O ja robię kawały. A ty wiesz, co ja robię, jak mi każą usiąść:“. Następuje zaprodukowanie pozy „siedzącej“ na plecach z podkurczonemi nogami.

Czołganie się na brzuchu po ziemi. — Jest to danie ujścia dla niezaspokojonego pragnienia płciowego.

Stereotypowe chrząkanie, powtarzające się zwłaszcza podczas rozmowy z nim, gdy się tej rozmowie opiera. — „Pokusę zwalczam chrząkaniem“ powiada. Symbolizuje to dążność do usunięcia z siebie czegoś wstrętnego, plugawego.

Ciągłe leżenie na podłodze, gdzieś w zapomnianym kącie, jest wyrazem tendencji samoponiżenia („chcę być jaknajbardziej upokorzony“).

O stanie napięcia mięśniowego można tyle powiedzieć, że jest ono nader zmienne i zależne od zewnętrznych wpływów psychicznych. Sztywność i sprężystość całej postawy przechodzi tu nagle w ogólne zwiotczenie, i odwrotnie. Nie obserwowano u chorego giętkości woskowatej, ni maskowatości twarzy. Twarz wyrażała tu jakieś przeżycie duchowe i była raz surową, inny raz bolesną, lub rozmodloną.

Mutacyzm ma tu oryginalne cechy. Jakeśmy widzieli, pacjent mówi tylko z osobami wybranemi (Ks. N., p. W., lekarz), w stosunku zaś do pozostałych zachowuje uporczywe milczenie. Chory neguje wyjątkowo silnie wszystko i wszystkich z własnej rodziny (mojżeszowego wyznania), co jest zrozumiałe z jego zaangażowania się do religji chrześcijańskiej, które także przez przesadne nasilenie nabrało cech chorobowych.

Tak mutacyzm jako też objaw ciągłego trwania w stanie opuszczonych powiek są wyrazem tendencji unikania pokus i grzeszenia. „Przyszła trudność, czy mam mówić, jak ja powiem, to zepsuję wszystko“, jak też zdanie: „Mam skrupuły, czy mam mówić wszystko co myślę, czy też tylko te rzeczy, które uważam, że mówić trzeba“, rzucają pewne na to światło. Zdanie ostatnie odnosi się jednak raczej do sprawy paczenia przez pacjenta zdań mających wyrażać jego myśli, by ukryć przez to właściwą ich treść, nie powiedzieć istotnej prawdy, której się boi, przed którą ucieka do Boga.

Wyraźnym dalej wynikiem tendencji umartwiania się, gnębienia, zabicia w sobie ciała i głosu jego — jest odmowa w przyjmowaniu pokarmu.

Chory sam pięknie przedstawia nam toczącą się w nim walkę wewnętrzną w formie symbolicznych jednostek — Tadzia i „Chojara“. Tadzio jest ten, co zwalczył w sobie miłość ku Marji, uniósł się ponad uczucia ziemskie, postać ukochanej zasłonił obrazem Chrystusa. „Chojar“ to ciało, które żąda swoich praw i o nie się ciągle domaga. Należy więc zabić ciało przez umartwienie go.— „Słyszę głos sumienia, jakby Boga, żebym nie jadł“ a inny raz: „dobrze, żebym jadł, ale kiedy wówczas „ten“ („Chojar“) korzysta.

Bieg myśli jest przeciętnie zwolniony, jak w stanie depresji. Nie zaobserwowano jednak tu jakichś „tam myślowych“ w rodzaju niemieckiego „Sperrung“, a mowa nie miała tych typowych dla katatonji cech zamierania na półsłowie. Skoro już chory mówił, to mówił płynnie, w przeciwnym razie milczał.

Na końcu wyszczególnię objawy, które budzić mogą wątpliwości co do swego pochodzenia.

Niekiedy pacjent rzuca luźny szereg myśli, który nie należało by utożsamiać z rozprzężeniem schizofrenijnem. Przypomina to kojarzenie w stanie rozmarzenia lub snu. „Zabiłem . . . wydostałem . . . się z pod niej . . . zabiłem drugi raz . . .“ inny raz odpowiedzi są widocznie wymijające jak też pozornie niedorzeczne i przeciwne wręcz tym, które by się spodziewało usłyszeć. Zdarza się to wtedy, gdy pytanie wprawia chorego w zakłopotanie, a przez odpowiedź nie chce on wypowiedzieć prawdy, stara się raczej zaciemnić ją, gdyż ją w sobie potępia i zwalcza. „A bo to przychodzą takie babulinki, co niby modlą się za mnie, a może to są wiedźmy,“ a po chwili „to mi się tak tylko przywidziało, to był chyba sen“.

Wyrażenia, jak to: „tu klasztor, chorzy, to są braciszkowie“ i t. p. uważać można także dobrze za to, co Bleuler rozumie przez Verschiebung, jak też z drugiej strony widzieć w tym symbolizowanie sytuacji na taką modłę, która by bardziej odpowiadała chorej psychice pacjenta pragnącej widzieć wszystko pod obranym kontem widzenia. Wtedy objaw taki wystąpić może także w pewnych zachorzeniach psychopochodnych i w histerji. Powiedzenie pacjenta, że jest jednocześnie Tadziem i „Chojarem“, nie ma w sobie cech rozszczepienia, ani też zdwojenia osobowości, i jest li tylko symbolicznem wyrażeniem walki wewnętrznej.

Jeżeli wyszczególnione w grupie tej objawy dopuszczają dwojakie ich pojmowanie (psychopochodne w całości lub też nie), to

grupa trzecia mieści w sobie przejawy chorobowe, które raczej wykluczają możność przyjęcia innej psychozy poza psychozą funkcjonalną.

Wskażę tu w pierwszym rzędzie na żywość reakcji afektywnej, która cechuje cały przebieg choroby. Oporny i milczący przed chwilą, — gdy się zahaczy o temat pobudzający go afektywnie, — staje się natychmiast ożywionym, poczyna nagle mówić swobodnie. Milczący, bierny i jakby zupełnie bezradny fizycznie przed chwilą, — na widok wchodzącej asystentki, — wstaje nagle na równe nogi, grozi i woła... Podczas wynurzeń pociągających za sobą wyładowanie dużych zapasów energji afektywnej, podnieca się chory, jęczy i stęka, wije się po ziemi, bije siebie po głowie i t. p.... Stwierdzamy tu zatem żywość i zmienność w zachowaniu się ogólnem pod wpływem zewnętrznych czynników psychicznych.

Reakcja psychiczna na pewne bodźce zewnętrzne jest tu żywa, raczej przejaskrawiona i przesadna w pochopności, z jaką się jej chwyta chory. Dość było zakreślić nad nim znak krzyża, by to pacjent zrozumiał jako

przygotowanie go na śmierć i zaopatrzenie w Sakramenta św., by mu to zasugierowało na długi okres czasu (aż do wyjaśnienia nieporozumienia), — uporczywą, niepohamowaną dążność do śmierci. Dość mu usłyszeć wyrazy z Ewangelji św.: („kto straci duszę, swoją znajdzie“), by zastosować do nich całą idjologję swej chorej a wrażliwej duszy, czego dowodem są późniejsze powiedzenia, jak: „musi umrzeć Tadzio, dobry Tadzio. Myślę, że Tadzio zmartwychwstanie, ale dopiero po śmierci Chojara“.

Pomimo trudności warunków etycznych i społecznych, które się sprzysięgły przeciw choremu i nie dają lekarzowi możności wskazania mu zadawalniającej drogi wyjścia z konfliktu, — uderza jednak korzystny wynik psychoterapji (a przynajmniej reakcja psychiczna na te zabiegi), — przyczyniając się między innymi do właściwego otaksowania całokształtu objawów chorobowych. „Rozmowa z lekarzem wyjaśniła, że mam ważne rzeczy, z których się muszę wyspowiadać. — Jak mi było dobrze, gdy p. doktór mówił. — Czy naprawdę niema innej drogi, jak ta, którą mi doktór wskazuje?“ i t. p.

W poszczególnych zdaniach chorego nie trudno się dopatrzeć pewnej, że tak powiem „celowości uprawiania choroby“. Oświetlają to następujące powiedzenia jego: „Po co mię tu wieziecie, Marja może by mnie uzdrowiła.... ja wszystko zmarnuję tu.... w innych warunkach może bym odżył.... być między swemi w Okoć.... (tam mieszka Marja). Jakem przyjechał, chciałem tu cierpieć, nie skutkuje jednak.... Czy to napewno niema innej drogi niż ta, którą mi p. doktór wskazuje t. j. wyzdrowienie? Ja coraz słabiej zmierzam do tego, do czego powinienem.... i t. p.: Jak czerwona nić przez te wszystkie wyrażenia snuje się dążność do pewnego celu. Nie chcemy przesądzać, czy jest nią tendencja, by przez cierpienia zjednać i zbliżyć do siebie Marję, czy też przeciwnie, by się do reszty wyzwolić z więzów cielesnych, czy wreszcie obie te dążności razem zwalczają się na wzajem.

Objawami wreszcie cielesnymi, do których nie przypisywał bym w danym wypadku większej wagi które jednak wymienić pragnę z obowiązku bezstronności, są: zniesienie odruchu spojówkowego i zmniejszenie ogólne wrażliwości skórnej na ból.

Wnioski.

W roku 1874 opisał Kahlbaum odrębną postać chorobową pod nazwą katatonja. Podany przezeń przebieg tej choroby, jak jej zejście, poszczególne objawy chorobowe, jak towarzyszące im regularnie, choć przemijająco, pewne toniczne napięcie całej muskulatury, miały być charakterystycznymi dla opisanej psychozy. Kahlbaum, Mickle i inni stwierdzili w niej zmiany organiczne w mózgu. Sam autor „katatonji“ uważał ją za chorobę organiczną mózgową, także Kräpelin (r. 1896) utrzymywał, że powoduje ją organiczne zachorzenie mózgu, które prowadzi do otępienia w tym lub innym stopniu. Katatonja w tem pierwotnem swem znaczeniu była chorobą rzadką.

Z biegiem czasu granice wzmiankowanej jednostki chorobowej poczynają się rozpływać. Mnoży się zastęp autorów (Krafft,—Ebing, Westphal, Tamburini, Seglas, Chaslin, Schüle, Aschaffenburg) zwalczających ją jako oddzielną jednostkę nozologiczną, a „objawami katatonicznymi“ poczyna się nazywać nieomal każde zaburzenie psychomotoryczne, gdziekolwiek się ono okaże i jakąkolwiek będzie miało genezę. Do nauki zakrada zatem się nieścisłość w pojmowaniu wyrazu: katatoniczny. Tak np. stereotypowość w ruchach zwała się dawniej objawem katatonicznym, gdy ją stwierdzano wśród zaburzeń psychomotorycznych katatonji Kahlbauma. Dziś objawowi temu towarzyszy już stale przymiotnik „katatoniczny“ i to niezależnie od tego, czy będzie nim np. rytmiczne rzucanie głową idjoty (przypominające zresztą ruchy niedźwiedzia w klatce), czy też stereotypowo powtarzające się chrząkanie pacjenta, któregośmy poznali, a który przez to, językiem symbolicznym, wyraża chęć wyzbycia się trapiącej go pokusy. Następstwem tej nieścisłości w terminologji stało się „rozwodnienie“, jak mówi Schüle, „pojęcia katatonji, oraz podzielenie jej pomiędzy szereg innych psychoz“. Nastepstwem tego jest również fakt, że nieliczna dawniej

grupa, stanowi już według obliczeń Bleulera w Rheinau, blisko jedną trzecią (!) wszystkich psychoz obserwowanych w tym zakładzie (214 na 720). Wreszcie chyba również do skutków nieścisłości w pojmowaniu katatonji należy zaliczyć fakt, że pewien lekarz rozpoznał katatonję nawet tam, gdzie trudno było dopatrzeć się jakiejkolwiek psychozy wogóle (sprawa Eligjusza Niewiadomskiego). To też, jeżeli definicja katatonji dana przez Kahlbauma źle się godzi dziś z postępami psychjatrji nowoczesnej, to i współczesne pojmowanie „katatonji" i wyrazu „katatoniczny" — jest nader mgliste i rozpłynięte. W Dziekance katatonję uważa się za psychozę organiczną odrębną od chizofrenji. Fakt ten tłómaczy małą ilość przypadków w Dziekance z rozpoznaniem „katatonja".

Sukcesy analizy psychologicznej pozwalają widzieć źródło niektórych zaburzeń psychomotorycznych, które się teraz „katatonicznemi" nazywa, w mechanizmach natury psychorodnej. Z drugiej strony, dzięki pracom lat ostatnich, poświęconym zagadnieniom nagminnego zapalenia mózgu i stanów następczych, — dowiedzieliśmy się, że objawy przypominające zewnętrznie pierwsze, a opisane w katatonji Kahlbauma, — mogą też mieć za swe źródło procesy chorobowe w podstawowych jądrach mózgu. (Claud, Logre, Handelsmann, Briand, Kahn, Pieńkowski, Orzechowski). Mechanizmy obu tych szeregów symptomów są przeto jawnie od siebie odmienne. Mimo to jednak chrzcimy dotąd bez wyboru i względu na pochodzenie, jak te tak tamte, mianem objawów „katatonicznych". Dlatego też „katatonja" późniejsza, o granicach nadmiernie szerokich i niewyraźnych, błądzi między psychozami funkcjonalnemi (Nolan, Schüle, później Jung, po części Bleuler, Kretschmer, Bornstein) a organiczną sprawą mózgu (Kahlbaum, Kräpelin 1896, a obecnie Kahn, Laignel-Lavastin, Tretjakof, Jourgoulesco), nie zaznawając nigdzie stałego przyjęcia. Ponieważ z pojęciem „katatonja" autorzy łączą objawy organiczne z funkcjonalnymi, przeto wyniki dociekań, serologicznych czy patalogo-anatomicznych, stają się mgliste i niedostatecznie przekonywające. Pozytywnym wynikom w części przypadków badań tego rodzaju (Urechia, Laignel'a Lavastin'a, Tretjakowa, Jourgoulescona, Buscainona i nie ogłoszonych własnych) przeciwstawia się fakt, nieznalezienia organicznych zmian chorobowych w przypadkach pozostałych i poddaje się przeto w wątpliwość wartość kliniczną tych pierwszych. A przyczyny tego zjawiska dopatrywać się należy znowuż w nieuzasadnionem, zbyt szerokiem rozpięciu granic katatonji kosztem chorób innych.

By się wyzwolić z tego chaosu pojęć i zapatrywań na katatonję (dla właściwej orjentacji w sprawie) warto się cofnąć o lat 50 wstecz. Jednocześnie, biorąc pod uwagę zdobycze ostatnie z dziedziny zaburzeń ekstrapiramidowych, musi się przyjąć, że w poszczególnych objawach katatonicznych należy szukać wyrazu zaburzeń organicznych w pewnych ośrodkach mózgu; w katatonji właściwej zaś dopatrujemy się organicznego zachorzenia tegoż. Zacieśniając w ten sposób granice katatonji, — stalibyśmy się także lojalnymi w stosunku do jej autora, który zaliczał właśnie tę postać chorobową do psychoz organicznych, ba, stawiał ją nawet obok porażenia postępującego.

Po tych uwagach oświetlających perspektywę historyczną zagadnienia, — stanie się, mam nadzieję, zrozumiałe zapatrywanie, że opisany powyżej przypadek, którego wszystkie objawy, jak się starałem udowodnić w analizie, przedstawiają funkcję czynników psychicznych, — nie należy do katatonji. Mamy tu do czynienia z psychozą funkcjonalną o naturze psychorodnej, o charakterze reaktywnym. Możemy się wczuć w tę psychozę i jej poszczególne znamiona, zrozumieć każde zachowanie się chorego z jednego tytułu, — zaległego w duszy jego kompleksu afektywnego. Jak pewne zaburzenia ekstrapiramidowych ośrodków ruchowych mają tę własność, że, powodując zahamowanie w ruchach, wpływają również w sensie zahamowania na wyższe czynności psychiczne, — tak też i odwrotnie, znane nam są fakty oddziaływania kory na czynności automatyczne ośrodków podkorowych. O wpływie tym pouczają nas mechanizmy histeryczne analogicznej

natury (np. podniesienie ciepłoty u histeryków). Zresztą już w zakresie norm psychicznych znamy stany, kiedy wskutek jakichś przeżyć afektywnych o ujemnem zabarwieniu, wpada się w pewne zahamowanie i jakgdyby skrzepnięcie czy odrętwienie myśli i woli i, mimo że się dokładnie rejestruje wszystko w otoczeniu, — nie może się przez dłuższą chwilę zdobyć na żadną aktywność ni w mowie ni w ruchach ni nawet w myśli (w sensie skierowania jej na dowolne tory). Je t się niby pod wpływem psychicznego kurare. Stan podobny, doprowadzony dosnasilenia przekraczającego granice fizjologiczne, staje się przypuszczalnie substratem dla obserwowanych w omawianej chorobie zaburzeń psychomotorycznych. Podczas, gdy w katatonji właściwej, — według teraźniejszego stanu wiedzy, — należy domyślać się chorobowych zmian w jądrach podstawowych mózgu, — w przypadku opisanym — rola tych ostatnich ośrodków jest najwyżej pośrednia, gdyż proces sam (czynnościowy) odbywa się w sferach wyższych, w korze.

Na zakończenie dodam, iż pozwoliłem sobie na tak obszerne omówienie tego przypadku, bo wydał mi się on najbardziej pełnym i typowym z pomiędzy tych, które się zalicza dziś jeszcze do katatonji mimo, że należą do innej wcale grupy psychoz. Mam nadzieję, że omówienie jego przyczyni się do prób wyeliminowania z katatonji tego, co katatonją nie jest.

W charakterze komentarza do nazwy, którą nadałem omawianej psychozie, pragnę zauważyć, że biorąc ją za psychorodną w mechanizmie swego powstania oraz istocie, chcę także podkreślić zewnętrzny jej wygląd przypominający katatonję, przez wyrażenie katatonoid.

Dopisek przy korekcie. — Korzystam ze sposobności i streszczam w paru słowach dalszy przebieg choroby pacjenta T.

W połowie stycznia br. następuje nagle znaczne polepszenie w stanie ogólnym. T. jada bez przymusu, rozmawia z pielęgniarzami, pisze listy do p. W. o zwięzłej treści i poprawnej formie, w których prosi o przybycie doń, stwierdza, że jest zdrowszy. List jest pisany dużemi literami i zdradza cechy puerylizmu.

1. III. 24. Pacjent znacznie przybrał na wadze, jest ożywiony, ma zainteresowanie dla świata zewnętrznego, indaguje sam lekarza o to i owo, interesuje się życiem artystycznem w Poznańskiem, przegląda pisma ilustrowane, godzi się na sprowadzenie dla niego materjału potrzebnego do podjęcia prac rzeźbiarskich.

Poza objawami wyczerpania psychicznego i fizycznego, oraz lekkiego przygnębienia, T. nie zdradza objawów chorobowych.

Stan ten trwa do dnia 23. 3. 24, kiedy to nagła śmierć przecina nić życia rekonwalescenta, kładąc też kres naszej obserwacji.

Na sekcji zwłok nie stwierdzono żadnych makroskopowych zmian chorobowych mózgu.

Causa mortis: Adynamia cordis in statu lymphatico.

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych.

Miesięczne posiedzenie naukowe lekarzy w Dziekance z współudziałem lekarzy z Gniezna jako gości w dniu 10. 4. 1924.

Przewodniczący: p. Piotrowski.

Sekretarz: p. Salkowski.

O. Bielawski i M. Siemionkin: **Objawy motoryczne w katatonji a w sprawach extrapyramidowych** (Praca kliniczna przeznaczona na V-ty zjazd Psychjatrów Polskich w Lublińcu in extenso wyjdzie drukiem).

Tezy: I. Mioklonja, bądź synchroniczna obustronna, bądź jednostronna, zachodzi często w katatonji właściwej, zwłaszcza w okresie ostrym tego zachorzenia.

II. Objaw t. zw. diffuzji (Neri) zachodzi nader często w katatonji właściwej

III. Objaw ten nie jest wynikiem stanu wzmożonej pobudliwości nerwu łokciowego i stanowi przypuszczalnie formę odruchu antagonistycznego tak właściwego katatonji.

IV. Objawy powyższe jak również oddziaływanie miotoniczne mięśni, zmniejszona pobudliwość elektryczna mięśni są wspólne parkinsonizmowi i katatonji i jeżeli (zdaniem pewnych autorów) mają charakteryzować sprawę extrapyramidową, cechują też katatonję jako sprawę tejże natury.

P. Piotrowski omawia dysocjację psychiczną burzącą jednolitość osobowości i demonstruje swoje wywody na kilku przypadkach schizofrenji, encephalitis lethargica, psychozy Korsakowa i na przypadku dwoistego ja, akcentując przytem, że jednolitość osobowości psychicznej nie jest bezwzględna, lecz jest zależną od stanu prawidłowego substratu materjalnego W miarę zaburzeń chorobowych w korze mózgowej, mianowicie w polach asocjacyjnych, osobowość psychiczna traci swoją jednolitość i w chorobie ciężkiej rozpada się na elementy psychiczne. Salkowski.

Czcionkami Drukarni „Lech“ T. A. w Gnieźnie.